



Revista Española de Cardiología



6048-616. REDEFINIENDO EL RIESGO EN REHABILITACIÓN CARDIACA: ¿SON TODOS LOS QUE ESTÁN Y ESTÁN TODOS LOS QUE SON?

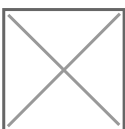
Alejandro Berenguel Senén¹, Marta Flores Hernán¹, Macarena Díaz Jiménez², M^a Gema Lozano Lázaro¹, Manuel Gallango Brejano³, Fernando López Sánchez¹, Encarnación López Gabaldón⁴ y Luis Rodríguez Padial¹ del ¹Servicio de Cardiología, ²Servicio de Rehabilitación, ³Becario Unidad de Rehabilitación Cardíaca y ⁴Servicio de Neumología. Hospital Virgen de la Salud, Toledo.

Resumen

Introducción y objetivos: La estratificación de riesgo en rehabilitación cardíaca (RC) se guía por unas escalas clásicas, a menudo criticadas. Existen pacientes que los criterios clásicos asignan a un grupo de riesgo determinado, mientras nuestra intuición, experiencia o integración clínica nos invitaría a incluirle en otro grupo. Además, cada vez disponemos de más evidencia pronóstica de diversos parámetros objetivos, como los obtenidos en la ergoespirometría (EE), aunque su utilización en la estratificación de riesgo en RC aún no ha sido validada. El objetivo es diseñar una escala de riesgo apoyada en la EE que nos ayude a clasificar a los pacientes previo a su inclusión en un programa de RC.

Métodos: Se incluyen 106 pacientes incluidos en programa de RC: 86% varones, edad 55 (22-75), FEV_i 0,48 (0,15-0,65) A todos ellos se les realiza una EE previa: VO₂ pico 24,3 (12,4-35,5), con un 91% de VO₂ predicho (48-144%) Se separan en los 3 grupos de riesgo clásicos. Se diseña una escala de riesgo seleccionando 5 parámetros de la EE que han demostrado impacto pronóstico, estableciéndose unos puntos de corte ampliamente aceptados (% del predicho del VO₂ 80%, % VT1 40%, VO₂/FC 12, VE/VCO₂ 35,9 y OUES 1,4). La escala oscila entre 0 y 5 puntos (0 ningún criterio de riesgo, 5 todos los criterios) Se calcula la puntuación para cada paciente, y se correlaciona con los grupos de riesgo clásicos (tabla).

Resultados: El 89,36% de los pacientes de bajo riesgo tienen una puntuación baja (0-1 puntos) mientras que un 10,64% de pacientes tienen una puntuación alta (2-5 puntos) La proporción en el grupo intermedio es 77,42% (puntuación baja) y 22,58% (puntuación alta) Y en el grupo de alto riesgo es 50-50%. Por tanto, según nuestra escala, casi un 11% de pacientes tienen su riesgo infraestimado mientras que un 50% de pacientes lo tienen sobrevalorado.



		R. bajo	R. intermedio	R. alto
Datos generales	Nº	47	31	28

VO2 pico	25,85	24,83	21,01	
VO2 en VT1	14,85	14,73	12,54	
Datos para <i>Score</i> (medias)	% predicho	97,15	89,87	81,89
	% VT1	57	54	49
	VO2/FC	15,88	15,76	14,19
	VE/VCO2	29,54	30,53	32,64
	OUES	2,37	2,31	2,05
Datos para <i>Score</i> (%)	% predicho 80%	19,15%	32,26%	50,00%
	% VT1 40%	8,51%	6,45%	25,00%
	VO2/FC 12	10,64%	22,58%	28,57%
	VE/VCO2 > 35,9	4,26%	6,45%	28,57%
	OUES 1,4	4,26%	9,68%	17,86%
<i>Score</i>	0	72,34%	51,61%	28,57%
	1	17,02%	25,81%	21,43%
	2	4,26%	16,13%	32,14%
	3	4,26%	6,45%	10,71%
	4	2,13%	0,00%	3,57%
	5	0,00%	0,00%	3,57%

Conclusiones: Las conclusiones nos deben hacer reflexionar acerca de si estamos clasificando adecuadamente a nuestros pacientes basándonos en criterios clásicos. Se precisa un estudio más amplio, con análisis multivariante y seguimiento prospectivo para redefinir los criterios de riesgo de nuestros pacientes.

La EE se postula como un arma extremadamente útil en la estratificación de riesgo en RC.